



Vorsorgestiftung für Gesundheit und Soziales

Menschen und ihre Zukunft im Zentrum.

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT

(DURCH ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN)

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

FIRMA	KONTAKTPERSON
STRASSE	PLZ/ORT
TEL. NR.	E-MAIL

PERSONALIEN DER VERSICHERTEN PERSON (VP)

NAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	AHV/SVN

ANGABEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT (AUF)

GRUND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT (ART DER KRANKHEIT BZW. DER VERLETZUNG BEI UNFALL)

BEGINN AUF	LETZTER EFFEKTIVER ARBEITSTAG VOR AUF		
BEI TEILZEIT, GRUND ANGEBEN	GESUNDHEITLICH	BETRIEBLICH	ANDERE
BESCHÄFTIGUNGSGRAD (BG) VOR AUF	BG NACH EINTRITT EINER TEIL-AUF		

ANGABEN ZUM ARBEITSVERHÄLTNIS

EINTRITT BETRIEB	AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT VOR AUF				
AUSBILDUNG / ERLERNTER BERUF VP					
ARBEITSVERHÄLTNIS AUFGELOST PER	JA	NEIN	FALLS JA, DURCH	ARBEITGEBER	ARBEITNEHMER
PER WANN			GRUND		
BESTEHEN UMPLATZIERUNGSMÖGLICHKEITEN IN IHREM BETRIEB?				JA	NEIN
FALLS JA, WURDEN SOLCHE BETRIEBSINTERN BEREITS GEPRÜFT?				JA	NEIN
SIND SIE DIESBEZÜGLICH AN EINER HILFELEISTUNG DURCH FACHLEUTE INTERESSIERT?				JA	NEIN
IST BEREITS EIN CASE MANAGER EINER ANDEREN VERSICHERUNG INVOLVIERT?				JA	NEIN
FALLS JA, BITTE VERSICHERUNG UND NAME DES CASE MANAGERS ANGEBEN					

ANMELDUNG DRITTVERSICHERER

KOLLEKTIVE KRANKENVERSICHERUNG (KTG) AM	UNFALLVERSICHERUNG (UVG) AM
FRÜHERFASSUNG IV AM	INVALIDENVERSICHERUNG AM

KONTAKTDATEN KTG/UVG

NAME VERSICHERUNG	POLICENNUMMER
STRASSE	PLZ/ORT

BEMERKUNGEN

DIE FRAGEN SIND VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGETREU ZU BEANTWORTEN. VERSPÄTETE, UNWAHRE ODER UNVOLLSTÄNDIGE MELDUNGEN KÖNNEN ZU EINER REDUKTION ODER VERWEIGERUNG VON LEISTUNGEN FÜHREN.

ORT, DATUM:

BITTE FOLGENDE DOKUMENTE BEILEGEN
TAGGELDABRECHNUNG

UNTERSCHRIFT _____

DAS FORMULAR IST UMGEHEND "VERTRAULICH" ZU SENDEN AN

**BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG,
RV POOL, DORNACHERSTRASSE 230, POSTFACH, 4018 BASEL**